

SEPA Basis-Lastschrift-Mandat

Apotheke	Apotheke Lux 99 An der Hasenkaule 10 50354 Hürth
	Gläubiger-Identifikationsnummer DE85ZZZ00000619918 Mandatsreferenz
Erklärung	Ich ermächtige die oben genannte Apotheke, wiederkehrende Zahlungen von meinem Kontomittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der oben genannten Apotheke auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Kontoinhaber	
	Name
	Straße
	PLZ, Ort
	Kreditinstitut
	BIC
	IBAN DE
Unterschrift	
	Datum, Unterschrift



